

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2018.12.013

文章编号: 1005-8982(2018)12-0074-05

乳香外洗方联合肢体功能锻炼治疗脑梗死后 SHS 临床观察*

刘青, 黄德弘, 黄坚红, 王成银, 许幸仪, 翁旭亮, 何子意

(广州市中医医院 脑病科, 广东 广州 510130)

摘要: **目的** 探讨乳香外洗方联合肢体功能锻炼治疗脑梗死后肩手综合征(SHS)的疗效。**方法** 选取脑梗死后SHS患者64例,按信封法随机分为联合组和对照组,每组各32例。两组均给予神经内科常规治疗和肢体功能锻炼,连续治疗14 d。联合组行乳香外洗方患肢熏蒸治疗,25 min/次,1次/d,连续治疗14 d;对照组行热水患肢熏蒸治疗,25 min/次,1次/d,连续治疗14 d。比较评价两组疗效、治疗前后简式Fugl-Meyer法运动功能评分(FMA)、Ashworth痉挛评分、上肢关节疼痛视觉模拟评分(VAS)及脑梗死专用生活质量量表(SS-QOL)。统计比较两组满意度和不良反应发生情况。**结果** 与对照组比较,联合组治疗有效率、患者满意度、治疗1和2周FMA及SS-QOL均提高,治疗1和2周Ashworth痉挛评分与VAS降低($P < 0.05$);与治疗前比较,联合组治疗1和2周FMA与SS-QOL均提高,治疗1和2周Ashworth痉挛评分与VAS降低;对照组治疗2周FMA和SS-QOL均提高,治疗2周Ashworth痉挛评分和VAS降低($P < 0.05$)。两组不良反应发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 乳香外洗方联合肢体功能锻炼治疗脑梗死后SHS疗效良好,可有效缓解疼痛并改善患者肢体功能、生存质量及满意度,且安全性良好,值得临床推广。

关键词: 乳香外洗方;联合;肢体功能锻炼;脑梗死;肩手综合征

中图分类号: R743.34

文献标识码: A

Therapeutic significance of frankincense lotion prescription plus limb exercises in treatment of shoulder hand syndrome after cerebral infarction*

Qing Liu, De-hong Huang, Jian-hong Huang, Cheng-yin Wang, Xing-yi Xu, Xu-liang Wen, Zi-yi He
(Department of Encephalopathy, Guangzhou Traditional Chinese Medicine Hospital,
Guangzhou, Guangdong 510130, China)

Abstract: Objective To investigate the therapeutic effect of frankincense lotion prescription plus limb exercise in treatment of shoulder hand syndrome after cerebral infarction. **Methods** A total of 64 patients with shoulder hand syndrome after cerebral infarction were involved in this study and received standard treatment plus limb exercise. Patients were randomly divided into 2 groups: Lotion group in which patients received frankincense lotion prescription ($n = 32$) and control group in which patients received hot water treatment ($n = 32$). After 25 minutes for one time, once per day and 14 consecutive days, curative efficacy, simplified Fugl-Meyer method of movement function score (FMA), Ashworth score, upper limb spasm pain visual analogue scale (VAS) and stroke specific quality of life scale (SS-QOL) of two groups were evaluated. Satisfaction rate and adverse events were recorded. **Results** Patients in Lotion group who received lotion treatment for 1 or 2 weeks both had increased FMA score and SS-QOL score and decreased Ashworth score and VAS score when compared with that prior to any

收稿日期: 2017-08-08

* 基金项目: 广州市医药卫生科技项目 (No: 20152A011013)

treatments. Patients in control group who received lotion treatment for at least 2 weeks experienced the similar improvement when compared with that prior to treatments. Curative efficacy, patient satisfaction, FMA score and SS-QOL score increased while Ashworth score and VAS score decreased significantly after 1 week or 2 weeks of lotion treatment compared with the control group ($P < 0.05$). No significant difference in the adverse reactions between the two groups were observed ($P > 0.05$). **Conclusion** Frankincense lotion prescription combined with limb functional exercises have promising curative effect in patients with shoulder hand syndrome after cerebral infarction, in addition to better satisfaction and safety.

Keywords: frankincense lotion; combined; limb functional exercises; cerebral infarction; shoulder hand syndrome

脑梗死临床发病率高、并发症多, 肩手综合征 (shoulder hand syndrome, SHS) 为其常见并发症^[1]。SHS 是患者患侧手突然浮肿、疼痛及肩关节疼痛, 并使肩、手功能受限的一种综合征, 可严重影响患者正常生活, 降低其生存质量^[2-3]。因此, 对 SHS 进行及时有效的救治十分重要。临床研究采用中西医结合治疗脑梗死后 SHS 取得较好的效果^[4]。中医认为脑梗死后 SHS 患者的中风已经平息, 但其淤血、阴虚、火热及痰浊尚未退去, 出现局部障碍。通过活血、温经通络, 可使受伤组织祛瘀生新促进肢体机能恢复的效果^[5]。本研究分析乳香外洗方联合肢体功能锻炼治疗脑梗死后 SHS 的效果及其安全性, 旨在为脑梗死后 SHS 的治疗提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2011 年 10 月–2016 年 9 月该院收治的脑梗死后 SHS 患者 64 例。按信封法将入选患者随机分为联合组和对照组, 每组各 32 例。纳入标准: ①患者均符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》中脑梗死的诊断标准^[6]和 1995 年国家中医药管理局脑病急症科研协作组起草制定《中风病诊断疗效评定标准》(试行)中关于中风病的诊断标准^[7]; ②经头颅 CT 或 MRI 确诊, 在恢复期突然出现患侧手、肩部疼痛及患侧手部肿胀, 且手、肩的活动范围受限; ③脑梗死发病 3 个月, 血小板计数和凝血功能正常; ④性别和年龄不限。排除标准: ①肩周炎、颈椎病及心肌梗死等导致 SHS; ② II、III 期 SHS; ③脑梗死发病 ≥ 3 个月; ④合并严重的心、肺、肝及肾疾病; ⑤有严重出血倾向; ⑥血糖控制不佳; ⑦存在严重认知功能障碍, 不能配合检查治疗。研究符合伦理学标准并经医院伦理学委员会批准, 患者和家属均已签署知情同意书。两组性别、年龄及病程等基线资料比较差异无统计学意

义 ($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。

表 1 两组基线资料比较 ($n=32$)

组别	男/女/例	年龄 / (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 / (d, $\bar{x} \pm s$)
联合组	16/16	58.69 \pm 9.37	30.35 \pm 6.54
对照组	17/15	58.28 \pm 8.45	30.72 \pm 6.83
χ^2/t 值	0.063	0.184	-0.221
P 值	0.802	0.855	0.826

1.2 治疗方法

两组均给予神经内科常规治疗, 并进行肢体功能锻炼, 注意患者的体位调节。治疗采用软垫辅助患者保持患侧肩关节处向上和向前姿势以预防肩关节功能退缩, 并嘱患者在可承受范围内进行肘关节伸直、前臂旋转腕关节轻度背屈、手指外展及握拳等主动锻炼; 同时辅助患者进行肩关节的内收、外展及前伸等被动运动, 30 min/次, 每天 2 次或 3 次, 连续治疗 14 d。此外, 联合组在对照组的基础上行乳香外洗方患肢熏蒸治疗: 药方为乳香 10 g、没药 10g、桃仁 10 g、红花 5g、牡丹皮 20 g、地龙 10 g、川芎 20 g、桑枝 10 g、桔梗 10 g、生地 15 g 及桑寄生 15 g, 加水煎制成 750 ml 药液。所有药液倒入 LXZ-200V 型智能熏蒸仪 (杭州立鑫医疗器械公司) 加热锅中并加入等量清水加热进行患侧上肢熏蒸治疗, 25 min/次, 1 次/d, 连续治疗 14 d。而对照组以与联合组熏蒸药液相同容量和温度的热水对患肢熏蒸治疗, 25 min/次, 1 次/d, 连续治疗 14 d。

1.3 观察指标和检测方法

由主治医师在治疗完成后比较评价两组疗效, 并在治疗前、治疗 1 周和治疗 2 周由主治医师对两组患者简式 Fugl-Meyer 法运动功能评分 (fugl-meyer assessment, FMA)、Ashworth 痉挛评分、上肢关节疼

痛视觉模拟评分 (visual analogue scale, VAS)、脑梗死专用生活质量量表 (the stroke specific quality of life scale, SS-QOL) 进行评价统计。治疗结束当天由责任护士采用电子满意度调查表 (分非常满意、满意、不满意 3 个选项按键) 评价患者满意度。患者自行独立完成满意度评价选择, 其中非常满意和满意均计入总体满意度计算, 并比较两组不良反应发生情况。

1.4 评价方法

临床疗效参照《偏瘫的现代评价和治疗》^[8] 进行评定。显效: 关节水肿、疼痛消失, 活动功能无受限, 手部小肌肉无萎缩; 有效: 关节水肿基本消失, 疼痛基本缓解, 关节活动轻度受限, 手部小肌肉不萎缩; 无效: 患者症状、体征无改善, 关节活动功能受限。FMA^[9]: 采用坐姿评价, 评价内容包括上肢反射活动、屈肌和伸肌协同运动、伴协同运动的活动及脱离协同运动的活动、反射亢进、腕稳定性、肘伸直和肩前屈 30° 情况下活动、手指活动等。各项目分值 0 ~ 3 分, 分值越低, 运动功能越差。Ashworth 痉挛评分^[10]: 根据肌张力变化和受累部位屈伸情况进行评价, 分为 0 ~ 3 分: 0 分: 肌张力无增加; 1 分: 肌张力轻度增加且受累部位移动出现阻力或卡住; 2 分: 肌张力增加且受累部位可移动; 3 分: 肌张力严重增高且受累部位僵硬不能动。分值越高, 肌张力增高越严重且受累部位屈伸越困难。VAS^[10]: 采用 VAS 进行上肢关节疼痛评价, 患者在 10 cm 刻度游标卡尺中选择一处代表其疼痛状况, 刻度值即为分值, 分值范围 0 ~ 10 分, 分值越高表示疼痛越剧烈。SS-QOL^[10]: 评价内容包括 12 个领域的 49 个项目, 为自评量表, 各项目分值 1 ~ 5 分, 分值越低则生活质量越差。

1.5 统计学方法

数据分析采用 SPSS 22.0 软件, 计量资料以均数

± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计数资料比较采用 χ^2 检验或校正 χ^2 检验; 计量资料比较采用重复测量设计的方差分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较

与对照组比较, 联合组治疗有效率较高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.2 两组治疗前后的 FMA、SS-QOL、VAS 及 Ashworth 痉挛评分比较

两组治疗前后的 FMA、SS-QOL、VAS 及 Ashworth 痉挛评分比较, 采用重复测量设计的方差分析, 结果: ①不同时间的 FMA、SS-QOL、VAS 及 Ashworth 痉挛评分有差异 ($F = 5.351$ 、14.518、5.725 和 15.113, $P = 0.031$ 、0.000、0.029 和 0.000); ②两组间的 FMA、SS-QOL、VAS 及 Ashworth 痉挛评分有差异 ($F = 4.882$ 、8.962、4.987 和 9.268, $P = 0.046$ 、0.000、0.041 和 0.000); ③两组的 FMA、SS-QOL、VAS 及 Ashworth 痉挛评分变化趋势有差异 ($F = 5.215$ 、12.715、5.056 和 13.852, $P = 0.036$ 、0.000、0.038 和 0.000)。与对照组比较, 联合组治疗 1 和 2 周 FMA 评分与 SS-QOL 评分均提高, 治疗 1 和 2 周 Ashworth 痉挛评分与 VAS 评分降低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。与治疗前比较, 联合组治疗 1 和 2 周 FMA 与 SS-QOL 均提高, 治疗 1 和 2

表 2 两组疗效比较 [n = 32, 例 (%)]

组别	显效	有效	无效
联合组	20 (62.50)	10 (31.25)	2 (6.25)
对照组	8 (25.00)	16 (50.00)	8 (25.00)
χ^2 值	6.523		
P 值	0.038		

表 3 两组治疗前后 FMA、SS-QOL、VAS 及 Ashworth 痉挛评分比较 [n = 32, 分, $\bar{x} \pm s$]

时间	组别	FMA	SS-QOL	VAS	Ashworth 痉挛评分
治疗前	联合组	24.13 ± 6.91	115.75 ± 17.88	6.68 ± 2.75	2.52 ± 0.38
	对照组	24.22 ± 6.82	116.36 ± 18.26	6.79 ± 2.48	2.55 ± 0.41
治疗 1 周	联合组	37.45 ± 8.44 ⁽¹⁾²⁾	193.45 ± 22.37 ⁽¹⁾²⁾	3.52 ± 1.35 ⁽¹⁾²⁾	1.23 ± 0.21 ⁽¹⁾²⁾
	对照组	26.63 ± 7.25	118.72 ± 16.58	6.35 ± 2.86	2.48 ± 0.35
治疗 2 周	联合组	42.11 ± 10.36 ⁽¹⁾²⁾	216.68 ± 25.78 ⁽¹⁾²⁾	2.26 ± 1.05 ⁽¹⁾²⁾	1.06 ± 0.11 ⁽¹⁾²⁾
	对照组	34.62 ± 7.85 ⁽¹⁾	175.53 ± 17.89 ⁽¹⁾	3.89 ± 1.22 ⁽¹⁾	1.46 ± 0.16 ⁽¹⁾

注: 1) 与同组治疗前比较, $P < 0.05$; 2) 与对照组比较, $P < 0.05$

周 Ashworth 痉挛评分与 VAS 降低;对照组治疗 2 周 FMA 和 SS-QOL 均提高,治疗 2 周 Ashworth 痉挛评分与 VAS 降低,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.3 两组满意度比较

与对照组比较,联合组患者满意度提高,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

2.4 两组不良反应发生率比较

两组消化道反应、嗜睡及烫伤等不良反应发生率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 5。

表 4 两组满意度比较 [n=32, 例(%)]

组别	非常满意	满意	不满意
联合组	15 (46.88)	14 (43.75)	3 (9.38)
对照组	5 (15.63)	16 (50.00)	11 (34.38)
χ^2 值	6.171		
P 值	0.046		

表 5 两组不良反应发生率比较 [n=32, 例(%)]

组别	消化道反应	嗜睡	烫伤	合计
联合组	3 (9.38)	2 (6.25)	1 (3.13)	6 (18.75)
对照组	2 (6.25)	3 (9.38)	0 (0.00)	5 (15.63)
χ^2/χ^2 校正	0.217	0.217	1.016	0.110
P 值	0.641	0.641	0.313	0.740

3 讨论

脑梗死为临床常见脑出血疾病,其起病急、病情严重、并发症多、致残率和致死率高,严重威胁患者健康和生命安全^[11]。在脑梗死相关并发症中,SHS 为其常见并发症,交感神经系统功能障碍、过度牵拉、压迫下腕关节被牵拉并掌屈、输液渗出及手意外伤害等均可导致 SHS 发生,其在脑梗死后患者中的发病率和致残率较高^[12]。SHS 患者肢体肿胀、肩部肌肉痉挛疼痛,血管运动系统和皮肤腺体功能紊乱,严重影响患者的肢体功能康复和生活质量^[13]。本研究结果显示,患者有疼痛症状,肌张力增加,肢体活动受限,影响患者正常生活,降低其生存质量。因此,对 SHS 患者进行及时有效的救治以改善治疗效果和生存质量是目前急需解决的问题。

脑梗死后 SHS 的诊治研究取得较大进展,疗效得到一定的改善,但仍有部分患者疗效欠佳,生活质量差,其治疗效果仍需进一步提高。有研究者将脑梗死

后 SHS 的治疗视角转向中医药治疗^[14]。在中医文献中无 SHS,但存在类似 SHS 表现的描述,如《灵枢·经脉》云:“不可以顾,肩似拔,臑似折,颈、肩、臑、臂外后廉痛”;《针灸大成》云:“中风腕酸,不能屈伸,指痛不能握物”等。SHS 属中医学痿证、痹证及中风的范畴,中风病以肝肾阴虚、气血不足为本,风、火、痰、瘀为标;中风后患者因正气未复,邪气独留,气血、津液不能周流,淤滞体内而变生痰浊、瘀血;痰、瘀留滞经络,经络失养而致肢体痿废、屈伸不利;气血凝滞,枢机不利,血脉不通,不通则痛,血不利则为水,水性趋下,泛溢肌肤而致手部肿胀,患手肿胀属本虚标实,肝肾亏虚气血不足为本,气滞血瘀水湿内停为标^[15],痰瘀久而化热,则手部热痛不适。因此,对 SHS 患者,治疗当予清热活血、通络止痛为大法,兼顾扶正补虚,乳香外洗方为原则组方。

本研究在常规西医治疗基础上,采用乳香外洗方熏蒸治疗联合肢体功能锻炼对脑梗死后 SHS 进行治疗,观察其对患者疼痛、肢体功能及满意度等影响并分析其治疗安全性。本研究结果显示,在常规西医治疗基础上采用乳香外洗方熏蒸治疗联合肢体功能锻炼治疗的脑梗死后 SHS 患者,其疗效得到有效改善,疼痛和肌张力增高症状均得到缓解,患者肢体功能恢复快,且治疗期间消化道反应、嗜睡及烫伤等不良反应发生少,治疗安全性良好,在常规西医改善血脂和血循环的基础上,通过中医药活血化瘀、通络止痛而促进血液循环的改善,为肢体功能恢复提供良好基础,同时积极进行主动和被动肢体功能锻炼更进一步促进疼痛和肢体功能的改善,减轻疼痛和肢体功能受限对患者身心健康造成的影响,改善患者生存质量,提高其对治疗效果的满意度。

综上所述,在常规西医治疗基础上采用乳香外洗方联合肢体功能锻炼治疗脑梗死后 SHS 可取得良好效果,有助于临床快速有效地缓解患者疼痛、改善其肢体功能和生存质量并具有良好的安全性,有助于提高脑梗死后 SHS 治疗水平。是治疗脑梗死后 SHS 的可靠方法。

参考文献:

- [1] 贾磊. 中药泡洗结合针灸推拿康复治疗脑梗死后肩手综合征 62 例 [J]. 双足与保健, 2017, 26(2): 73-74.
- [2] KIM Y W, KIM Y, KIM J M, et al. Is poststroke complex regional pain syndrome the combination of shoulder pain and soft tissue injury of the wrist: a prospective observational study: STROBE of

- ultrasonographic findings in complex regional pain syndrome[J]. *Medicine*, 2016, 95(31): e4388.
- [3] HARTWIG M, GELBRICH G, GRIEWING B. Functional orthosis in shoulder joint subluxation after ischaemic brain stroke to avoid post-hemiplegic shoulder-hand syndrome: a randomized clinical trial[J]. *Clin Rehabil*, 2012, 26(9): 807-816.
- [4] 张敏, 李文英. 针刺人迎联合刺络对脑梗死后肩手综合征治疗的临床观察[J]. *内蒙古中医药*, 2016, 35(9): 117.
- [5] 郭瑞, 黄霞, 商世杰, 等. 康复训练对脑梗死后肩手综合征患者生活质量及心理影响分析[J]. *世界中医药*, 2016, 11(8): 1471-1473.
- [6] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J]. *中华神经科杂志*, 2010, 43(2): 146-153.
- [7] 卢金, 胡国宝. 针刺配合运动疗法治疗中风后遗症 40 例[J]. *浙江中医杂志*, 2014, 49(4): 282.
- [8] 王茂斌. 偏瘫的现代评价与治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 1990: 132.
- [9] PERVANE VURAL S, NAKIPOGLU YUZER G F, et al. Sezgin ozcan D, effects of mirror therapy in stroke patients with complex regional pain syndrome type 1: a randomized controlled study[J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 2016, 97(4): 575-581.
- [10] 李乐军, 陈丽萍, 刘晓丽, 等. 中药泡洗结合针灸推拿康复治疗脑梗死后肩手综合征 62 例[J]. *南京中医药大学学报*, 2013, 29(3): 283-286.
- [11] ANANDKUMAR S, MANIVASAGAM M. Multimodal physical therapy management of a 48-year-old female with post-stroke complex regional pain syndrome[J]. *Physiother Theory Pract*, 2014, 30(1): 38-48.
- [12] 马婕, 曾令丹, 张艳, 等. 综合康复干预防治脑梗死后肩手综合征的疗效观察[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2015, 37(5): 373-375.
- [13] 叶青青. 中药泡洗结合针灸推拿治疗脑梗死后肩手综合征效果观察[J]. *中国乡村医药*, 2017, 24(4): 51-52.
- [14] 安小涛. 中药泡洗结合针灸推拿康复治疗脑梗死后肩手综合征效果观察[J]. *中西医结合心血管病电子杂志*, 2016, 4(28): 162-163.
- [15] 李新洲, 陆兰芬. 脑卒中后肩手综合征治疗进展[J]. *右江民族医学院学报*, 2014, 36(2): 273-275.

(唐勇 编辑)